

SOLICITUD DE COMISIÓN DE SERVICIO

PROVINCIAL	
INTERPROVINCIAL	
INTERCOMUNITARIA	

Cuerpo	_____
Código del Cuerpo	_____
Código de la especialidad	_____

1 DATOS PERSONALES.					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
DNI		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			
DOMICILIO				NÚM.	LETRA
C. POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	TFNO. 1	TFNO. 2	
CONSIENTE EN QUE SE CONSULTEN SUS DATOS DE IDENTIDAD A TRAVÉS DE LOS SISTEMAS DE VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

2 DATOS DEL CENTRO Y CARÁCTER DE OCUPACIÓN DEL PUESTO.			
PUESTO ACTUAL:	DEFINITIVO <input type="checkbox"/>	PROVISIONAL <input type="checkbox"/>	EN COMISIÓN DE SERVICIO <input type="checkbox"/>
CENTRO DE DESTINO (DEFINITIVO)		CÓDIGO CENTRO	
LOCALIDAD DEL CENTRO		PROVINCIA	
CENTRO DE SERVICIO (PROVISIONAL)		CÓDIGO CENTRO	
LOCALIDAD DEL CENTRO		PROVINCIA	

3 DECLARACIÓN.	
1. Ha participado en el concurso de traslados convocados durante el presente curso académico	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. Ha solicitado centros de la localidad o provincia para la que solicita comisión de servicio	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. Durante el presente curso académico tiene destino, en comisión de servicio, por razón de:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

4 MODALIDAD SOLICITADA	
<input type="checkbox"/> A) Por razones de salud que afecten muy gravemente al desempeño del puesto de destino (requiere documentación justificativa). B) Por razones de conciliación de la vida familiar, personal y laboral (requiere documentación justificativa): <input type="checkbox"/> Cuidado de hijos hasta 3 años. <input type="checkbox"/> Cuidado de hijos mayores de 3 años, cónyuges, o parejas de hecho, por razón de enfermedad. <input type="checkbox"/> Cuidado de otros familiares por razón de enfermedad (hasta 2º grado de consanguinidad o afinidad). <input type="checkbox"/> Destino en municipio diferente al del domicilio habitual. <input type="checkbox"/> Estudios del profesorado o hijos (en municipios a más de 50 km del destino). <input type="checkbox"/> Enfermedad del profesorado no incluida en el apartado a) <input type="checkbox"/> C) Por razones de ocupación de un cargo electivo en las corporaciones locales (requiere documentación justificativa).	

5 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA	
SOLICITA comisión de servicio, con ocasión de vacantes, en la localidad o provincia de _____ y DECLARA que los datos consignados en esta solicitud y la documentación que adjunta son ciertos.	
En _____ a _____ de _____ de 2017	

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Educación le informa de que sus datos personales, obtenidos mediante la cumplimentación de este impreso y demás documentación que se adjunta, van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero automatizado. Así mismo, se le informa de que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como única finalidad la gestión del procedimiento de comisiones de servicio (Orden de 26 de febrero de 2008). De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido a la Consejería de Educación, c/ Juan Antonio de Vizarrón, s/n. 41071 Sevilla.

